Obrazac 3

_____
(Naziv poslodavca)

_____
(Sedište i adresa poslodavca)

_____
(Registarski broj obveznika plaćanja doprinosa)

SPISAK
zaposlenih kojima je prestalo svojstvo zaposlenih kod poslodavca, za koji nije plaćen doprinos za penzijsko i invalidsko osiguranje*

R. br.	IME I PREZIME	JMBG	PERIOD
1	2	3	4
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do
			od do

Broj: _____
Datum: _____
Primio: _____
(M.P.)
(popunjava fond)

U _____ dana _____20__. godine

_____
(Potpis ovlašćenog lica)
(M.P.)

* popuniti u tri istovetna primerka;

NAPOMENA: u slučaju zaposlenih kod kojih postoji 2 ili više različitih perioda, za svaki period popunjava se u narednom redu samo kolona broj 4 – PERIOD